



# Identifier et évaluer les prises en charge ambulatoires

## Intérêts et limites des bases de données

**La dispersion, la complexité des bases de données et la difficulté de leur exploitation ne permettent pas aujourd'hui d'évaluer réellement des parcours de soins, en particulier dans le cadre du virage ambulatoire.**

**Claire Morgand**  
MD, PhD, médecin généraliste Ipsos,  
responsable du département Données  
et études en santé,  
ARS Île-de-France

Dans une logique d'amélioration des prises en charge, d'un meilleur accès aux soins et d'une diminution des durées de séjours, le plan ma santé 2022 a fixé des objectifs ambitieux de virage ambulatoire. En effet, il s'agit d'obtenir 70 % d'actes de chirurgie en ambulatoire et 55 % de médecine ambulatoire en 2022. Alors justement, nous y sommes, et aujourd'hui force est de constater qu'indépendamment de savoir si les objectifs ont été atteints et si la démarche peut être considérée comme un succès, les axes d'analyse tels que la description des caractéristiques des patients concernés par l'ambulatoire ou l'évaluation de l'impact de ce virage sur les prises en charge et la qualité de celles-ci ne sont pas abouties.

Indépendamment de problématiques de définition de ce qu'est la médecine ambulatoire et de problèmes de sémantique (cependant non négligeables), il convient de s'interroger sur l'évaluation d'un tel virage en termes d'accès à ces prises en charges, mais également en termes de sécurité des soins. En dehors de revues de bibliographie, nous avons évidemment envie de mobiliser les bases de données de santé afin de définir des indicateurs de suivi et d'évaluation. Et c'est là que l'étendue de la difficulté apparaît. Il suffit dans un premier temps de regarder le nombre de bases de données mobilisables, non mutualisées, non standardisées, non interopérables, de qualité très variable pour se demander par quel bout attaquer ce chantier. On pense évidemment, dans un premier temps aux bases de données médico-administratives, avec en chef de file le PMSI (système d'information de la sécurité sociale spécifique aux établissements

de santé), qui met à disposition les informations les plus exhaustives sur les données de consommation de soins hospitaliers des personnes, associées à des données médicales *a minima* ainsi qu'à des programmes proxy permettant une description sommaire des profils de patients (notamment au regard de la position sociale de ceux-ci).

### **Des bases de données qui ne repèrent pas les soins ambulatoires, en particulier en médecine**

Même en ayant conscience d'emblée que la médecine ambulatoire ne se limite pas à la seule prise en charge ambulatoire hospitalière, aucune autre base ne permet aujourd'hui d'approcher une description médicale des actes de ville : le Système national des données de santé (SNDS) renseigne bien les consultations et prescriptions remboursées en ville mais sans aucun motif de consultation ou diagnostic. La première étape est donc de chercher dans ces bases les séjours ambulatoires : facile, pourrions-nous penser pour la chirurgie si l'approche passe par la définition de séjour avec zéro nuit passée à l'hôpital et un acte de chirurgie ; la médecine ambulatoire apparaissant alors spontanément comme le négatif des séjours de chirurgie (ni acte chirurgical ni nuit passée à l'hôpital). Mais là encore, la frontière avec les séances, les consultations externes, les passages aux urgences sans hospitalisation, et tout cela sans possibilité de connaître les motifs de prise en charge, complexifie la requête et la description des séjours.

Le premier constat, finalement, dans ces gigantesques bases de données est qu'il n'est

nulle part possible de trouver un marqueur caractérisant le périmètre ambulatoire de la prise en charge, celui-ci n'étant pas renseigné (ni renseignable d'ailleurs aujourd'hui). Il n'y a pas partout de sanctuarisation factuelle de ces prises en charges, et l'environnement de celles-ci varie fortement d'un établissement à l'autre. Si bien que travailler à l'échelle de la seule unité médicale ne garantit pas d'identifier toutes ces prises en charge. De la même manière, avec la porosité des frontières ville-hôpital pour certains actes et le fait que beaucoup d'actes chirurgicaux deviennent de moins en moins invasifs, il n'est aujourd'hui pas possible dans ces bases de savoir si le geste a été réalisé dans un bloc opératoire ou non ; et l'ajout d'une variable binaire pointant ce passage permettrait de gagner en lisibilité.

Le HCSP dans son rapport sur le virage ambulatoire a cependant proposé une première stratégie innovante afin d'identifier de tels séjours dans le PMSI dans le but de conduire *a minima* une réflexion autour de ce que peut être le périmètre de l'ambulatoire hospitalier. Les résultats détaillés et discutés avec des soignants ont alors pu confirmer des biais de codage qui impactent de manière variable la possibilité d'exploitation de ces données. En effet, relativement aux diagnostics associés aux séjours identifiés, ne sont majoritairement remontés que les seuls diagnostics dits « significatifs », autrement dit, les seuls qui apportent un intérêt financier à l'établissement lorsqu'ils sont codés. Si bien que, par exemple, certaines comorbidités ou caractéristiques de patients (telles que l'isolement social, la vulnérabilité sociale...) ou les complications post-opératoires ne sont que peu renseignées, puisque non rémunératrices. L'étude des déterminants sociaux, par exemple, pour évaluer l'accès à ces prises en charge, ne peut aujourd'hui se faire qu'à partir de proxys peu satisfaisants, tels que des scores écologiques, donc agrégés, ou par la seule qualité de l'Assurance maladie.

Alors, tout n'est pas noir non plus ! Ces bases ont le bon goût d'exister, d'apporter des enseignements sur les consommations des Français de manière quasi exhaustive, et la qualité des données s'est nettement améliorée. Elles ont été et sont structurées pour évaluer des coûts de prises en charge et il est donc compliqué de leur demander d'être des outils de veille sanitaire ou de surveillance épidémiologique. Néanmoins, si le virage ambulatoire doit s'inscrire dans une logique de parcours de soins avec des évaluations d'amont et d'aval des prises en

charge hospitalières, il va être nécessaire de lier les parcours de soins entre la ville et l'hôpital. Alors si le SNDS a cette capacité à chaîner pour un même patient les soins dispensés en ville avec ceux dispensés à l'hôpital, il reste un angle mort sur les prises en charge de ville : le diagnostic ou *a minima* le motif de consultation. Cette remarque vaut également pour les consultations externes de l'hôpital. Si bien qu'aujourd'hui le discours ville-hôpital sur les parcours de soins à partir de ces données est quasi incantatoire, tellement le fossé entre les informations des établissements et ceux des professionnels de ville est important. Enfin, un frein à l'utilisation de ces données est l'expertise nécessaire pour les mobiliser et l'indispensable besoin du regard métier pour interpréter les extractions réalisées. Ces bases sont en effet extrêmement complexes, sensibles, et leur utilisation nécessite des accès particuliers ainsi qu'un certain niveau d'expertise.

### Des données de qualité et de sécurité des soins en ambulatoire difficilement mobilisables

J'ai introduit cette réflexion en évoquant un certain nombre de bases de données identifiées : évidemment, il était dans un premier temps logique de travailler sur des bases les plus exhaustives et représentatives possibles, mais bien d'autres données dispersées dans le paysage des nombreuses agences sanitaires permettraient de travailler à l'identification d'événements indésirables en lien avec ces prises en charge et de réfléchir à l'identification de mesures permettant de prévenir la récurrence. Là il est possible de citer les données de déclarations des infections associées aux soins, des événements indésirables graves associés aux soins, de pharmacovigilance (les données de ces déclarations se diluant entre Santé publique France, la Haute Autorité de santé et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) ; les données de déclarations des événements indésirables associés aux soins (pas forcément graves) recensées par le dispositif d'accréditation des médecins dans un autre environnement que les déclarations citées précédemment. On pense évidemment aussi aux données de certificats de décès, lesquelles, bien que dépendantes de l'exacte certification des médecins, permettraient d'apporter des éléments sur les circonstances des décès liés aux soins. La qualité de l'ensemble de ces données étant extrêmement variable, et la qualité de la donnée mobilisée étant évidemment un des

enjeux les plus importants à une exploitation correcte, un travail de fond est nécessaire à la définition des données à utiliser et/ou à améliorer. Tout cela sans oublier les indicateurs de qualité et de sécurité des soins, lesquels aujourd'hui ne s'intéressent qu'à quelques points très précis des seules prises en charge en chirurgie ambulatoire. Enfin, le regard et la place des usagers et leur ressenti sur leur prise en charge est également une entrée à ne pas négliger pour améliorer et sécuriser les prises en charge ambulatoires. Là encore des données existent mais il est difficile de les mobiliser.

Dans une logique aujourd'hui croissante d'exploitation des données de santé à visée de suivi de parcours de soins et d'évaluation de la qualité des prises en charge, il semble indispensable de porter un regard sur l'ensemble des données disponibles, de les rendre interopérables et mutualisables, et d'évaluer leur qualité. Il s'agit probablement de profiter de l'arrivée en France, dans le paysage de santé publique, de la CIM-11<sup>1</sup> pour réfléchir à un recueil plus large, incluant les pratiques en ville pour aborder cette zone d'ombre des parcours de soins. Les technologies associées à cette classification par l'OMS permettent de manière plus simple de l'interfacer avec les logiciels métiers. Enfin, dans une logique de constitution d'entrepôts de données de santé dans les établissements, il faudra réfléchir en termes de standardisation des données, de mutualisation de celles-ci, il faudra également réfléchir en termes de culture « système d'information » (SI) et tout cela dans des contrats de confiance entre producteurs, et de répartition territoriale équilibrée de ceux-ci. Il s'agira évidemment dans un second temps de prévoir de tels recueils dans les secteurs médicosociaux et en ville. ➡

1. Classification internationale des maladies. Onzième révision. La norme internationale pour l'évaluation de l'état de santé. <https://icd.who.int/fr>